Centre intégré de santé et de services sociaux
de la Montérégie-Ouest

# Règlement sur l'organisation et le fonctionnement du département de Médecine générale

**Novembre 2024**

Québec

*Dans ce document, le genre masculin est utilisé comme générique dans le seul but de ne pas alourdir le texte.*

## TABLE DES MATIÈRES


CHAPITRE I DISPOSITIONS GÉNÉRALES ..... 5

SECTION I ÉNONCÉ ..... 5

SECTION II CHAMP D'APPLICATION / CONTEXTE LÉGAL ..... 5

SECTION III DÉFINITION ..... 6

SECTION IV OBJECTIF ..... 6

CHAPITRE II ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT DU DÉPARTEMENT DE MÉDECINE GÉNÉRALE ..... 6

SECTION I COMPOSITION ..... 6

SECTION II MISSION ET OBJECTIFS ..... 7

SECTION III ORGANISATION DU DÉPARTEMENT ..... 8

SECTION IV NOMINATION ET FONCTIONS DU CHEF DE DÉPARTEMENT ..... 9

SECTION V NOMINATION ET FONCTIONS DU CHEF ADJOINT DE DÉPARTEMENT ..... 14

SECTION VI NOMINATION ET FONCTIONS DU CHEF DE SERVICE (MANDAT CISSS) ..... 15

SECTION VII NOMINATION ET FONCTIONS DU CHEF DE SERVICE (MANDAT LOCAL) ..... 15

SECTION VIII DÉTERMINATION DU STATUT ET DES PRIVILÈGES DES MEMBRES ..... 16

SECTION IX OBLIGATIONS, DEVOIRS ET RESPONSABILITÉS DES MEMBRES ... 17

SECTION X ACTIVITÉS CLINIQUES ..... 18

SECTION XI ACTIVITÉS ACADÉMIQUES D'ENSEIGNEMENT (s'il y a lieu) ..... 20

SECTION XII ACTIVITÉS DE RECHERCHE (s'il y a lieu) ..... 20

SECTION XIII ÉVALUATION DE LA QUALITÉ DE L'ACTE MÉDICAL, DENTAIRE ET PHARMACEUTIQUE ..... 21

SECTION XIV RÈGLES GÉNÉRALES D'UTILISATION DES RESSOURCES ..... 22

SECTION XV ASSEMBLÉES ET COMITÉS DÉPARTEMENTAUX ..... 23

SECTION XVI MÉCANISMES ADMINISTRATIFS ..... 26

CHAPITRE III DISPOSITIONS FINALES ..... 29

SECTION I ENTRÉE EN VIGUEUR DU RÈGLEMENT ..... 29

SECTION II RÉVISION, ABROGATION ..... 30

SECTION III RÉFÉRENCE ..... 30

SECTION IV PROCESSUS D'ÉLABORATION / RÉVISION ..... 30

SECTION V HISTORIQUE DU DOCUMENT ..... 31

CHAPITRE IV ANNEXES ..... 31

# CHAPITRE I DISPOSITIONS GÉNÉRALES

## SECTION I ÉNONCÉ

### 1. ÉTABLISSEMENT

Le CISSS de la Montérégie-Ouest (CISSSMO) est situé dans la partie ouest de la Montérégie et couvre une superficie de 3 727 km$^2$. Il recoupe totalement ou partiellement cinq municipalités régionales de comté (MRC) (de Roussillon, des Jardins-de-Napierville, de Beauharnois-Salaberry, du Haut-Saint-Laurent et de Vaudreuil-Soulanges).

Plus de 9 500 employés et 550 médecins œuvrent au CISSS de la Montérégie-Ouest à offrir des soins et services à ses différentes clientèles.

Les 13 directions de l'établissement, sous la gouverne de la Direction générale, travaillent en étroite collaboration afin d'offrir à la population des soins et des services de haute qualité et sécuritaires.

### 2. MISSION DE L'ÉTABLISSEMENT

La Direction générale de notre CISSS, avec l'ensemble du comité de direction, a effectué des travaux de réflexion stratégique dans le but d'adopter une mission, une vision, ainsi que des ambitions et des valeurs organisationnelles.

À l'instar du réseau de la santé et des services sociaux, notre CISSS adhère à la mission et la vision du ministère de la Santé et des Services sociaux. Par ailleurs, il nous apparaît important, comme organisation, de nous doter d'ambitions, afin qu'elles viennent orienter et teinter davantage nos grands objectifs organisationnels.

De plus, afin de guider l'ensemble de nos actions, cinq valeurs fondamentales, interdépendantes et en équilibre ont été identifiées : Maintenir, améliorer et restaurer la santé et le bien-être de la population québécoise en rendant accessible un ensemble de services de santé et de services sociaux intégrés et de qualité, contribuant ainsi au développement social et économique du Québec.

## SECTION II CHAMP D'APPLICATION / CONTEXTE LÉGAL

### 3. APPLICATION ET INTERPRÉTATION DU RÈGLEMENT

Le présent règlement est adopté en conformité avec :

1° La Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS) et ses règlements;
2° La loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales;
3° La loi modifiant certaines dispositions relatives à l'organisation clinique et à la gestion des établissements de santé et des services sociaux;
4° Le règlement du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) de l'établissement;
5° Le règlement du conseil d'administration (CA) de l'établissement.

Toute disposition de la LSSSS ou des règlements précités s'applique, le cas échéant. En cas d'incompatibilité, la LSSSS et ces règlements ont préséance sur le présent règlement.

Les membres du département sont soumis aux règles de soins et aux règles d'utilisation des ressources approuvées par le CA de l'établissement.

Le règlement est révisé tous les quatre ans et transmis à nouveau aux membres du département.

Les règlements de département sont élaborés par le chef de département après consultation auprès des membres du département. Ils sont par la suite transmis au comité exécutif du CMDP (CECMDP) et puis au CA pour approbation.

### **SECTION III** DÉFINITION

Dans le présent règlement, à moins que le contexte ne s'y oppose, les expressions ou termes suivants signifient :

1° Département : Le Département de Médecine générale;
2° Établissement : Le Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Ouest;
3° Installation : Lieu physique où sont dispensés les soins de santé et les services sociaux à la population. Un établissement comporte généralement plusieurs installations.

### **SECTION IV** OBJECTIF

#### **4.** OBJET DU RÈGLEMENT

De façon générale, le présent règlement a pour objet de déterminer l'organisation du département et ses règles de fonctionnement. En outre, il prévoit :

1° La mission du département; les objectifs et les valeurs du département, en y incluant l'accès, la pertinence et la qualité des soins;
2° Les responsabilités du chef de département et de service;
3° Les responsabilités des membres actifs, associés et conseil du département;
4° L'organisation et le fonctionnement du département, incluant les modalités relatives à la garde; et les activités attendues des membres du département;
5° Le processus de sélection des candidats en vue d'une nomination au sein du département;
6° La procédure applicable aux réunions du département;
7° Les sanctions applicables au non-respect du présent règlement.

## **CHAPITRE II** ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT DU DÉPARTEMENT DE MÉDECINE GÉNÉRALE

### **SECTION I** COMPOSITION

#### **5.** DÉPARTEMENT

Le département regroupe les membres du CMDP de l'établissement qui œuvrent dans un ou plusieurs services du département ou dans un département sans service.

Un membre du CMDP qui détient des privilèges de pratique dans plus d'un département de l'établissement est automatiquement membre de tous ces départements.

Dans le cas où des modalités différentes sont prévues au règlement de ces départements respectifs, les chefs de département concernés seront appelés à confirmer par écrit ces modalités et à convenir de leur application.

### **6.** SERVICE CLINIQUE

Un service clinique au sein d'un département est une entité organisationnelle regroupant des membres du CMDP qui œuvrent dans un domaine ou un environnement spécifique de la médecine, dentisterie ou pharmacie, favorisant l'organisation optimale des soins et services.

Il ne peut y avoir qu'un service par discipline au sein du département (service CISSS). Ce même service peut toutefois être subdivisé en équipes locales dans les différentes installations du CISSS (service local). Lorsque cité dans le présent texte sans précision, il est présumé qu'il s'agisse du service CISSS.

*(cf. annexe D à annexe I pour les services et leur fonctionnement)*

## **SECTION II** MISSION ET OBJECTIFS

### **7.** MISSION DU DÉPARTEMENT

La mission du département s'énonce ainsi :

La mission du département est déterminée en fonction du portfolio de l'établissement et complète plus particulièrement la « *mission d'excellence et d'innovation en services diagnostiques et en soins médicaux dentaires et pharmaceutiques spécialisés et surspécialisés* » de l'établissement, elle vise à :

1° Offrir des soins complets, de haut niveau et en temps opportun à la clientèle desservie par l'établissement en collaboration avec l'ensemble des professionnels du réseau intégré de soins de santé et de services sociaux;
2° Le cas échéant, participer de concert avec l'Université McGill et le Centre de recherche _____N/A_____ à l'enseignement, à la recherche et à l'évaluation des technologies ainsi que des modes d'intervention en santé dans le département.

### **8.** OBJECTIFS GÉNÉRAUX DU DÉPARTEMENT

#### **8.1.** SOINS

1° Offrir et dispenser des soins généraux, spécialisés et surspécialisés de qualité et sécuritaires pour les populations locales et régionales, le cas échéant, dans ses domaines de compétence tout en assurant l'optimisation des ressources à sa disposition en prenant en considération l'élément suivant : le respect de la proximité et de la hiérarchisation des services avec les autres établissements du réseau au plan local, régional et suprarégional.

La liste descriptive des soins dispensés et la distribution stratégique des sites de leur dispensation entre les installations est reprise en annexe pour le département de médecine générale. Cette liste est extraite du portfolio organisationnel et résume l'offre de soins pour chaque service clinique du département. Chaque révision du portfolio organisationnel sera conséquemment synonyme d'une mise à jour de l'annexe.

2° Assurer l'accès aux soins et services dans les délais prescrits;
3° Répondre à la responsabilité populationnelle de l'établissement;
4° Appliquer les normes de bonne pratique selon les données probantes et la pertinence clinique;
5° Collaborer avec les autres départements de l'établissement dans le cadre de la mission de l'établissement.

### **8.2.** ENSEIGNEMENT (s'il y a lieu)

1° Participer activement à l'enseignement de la médecine générale au niveau pré gradué, au niveau de la résidence et au niveau postdoctoral, en fonction des effectifs et préalablement déterminé pour chaque service;
2° Participer à la formation des autres professionnels de la santé inscrits à des programmes collégiaux ou universitaires en stage au CISSSMO, en fonction des effectifs et préalablement déterminé pour chaque service;
3° Familiariser les étudiants en médecine générale et les résidents avec les différentes spécialités médicales, dentaires ou pharmaceutiques, en fonction des effectifs et préalablement déterminées pour chaque service;
4° Favoriser le développement des pratiques novatrices notamment du télé-enseignement au sein du RUIS pour donner accès aux résidents en médecine, dentisterie et pharmacie, ainsi que le perfectionnement dans le territoire de desserte.

### **8.3.** RECHERCHE (s'il y a lieu)

1° Appuyer le développement de la recherche clinique;
2° Soutenir le recrutement et l'intégration de chercheurs cliniciens au sein du département, en tenant compte des besoins de l'établissement et des ressources disponibles;
3° Favoriser et développer la recherche auprès des étudiants de toute discipline dans l'établissement en respectant les besoins organisationnels ciblés.

### **8.4.** ÉVALUATION DES TECHNOLOGIES (s'il y a lieu)

Évaluer les technologies nouvelles et existantes eu égard aux soins, aux déterminants de la santé des populations ainsi qu'à leur apport au développement de l'enseignement et de la recherche dans le département.

## **SECTION III** ORGANISATION DU DÉPARTEMENT

### **9.** DIRECTION

L'organigramme *(cf. annexe A)* du département s'insère dans le plan d'organisation de l'établissement.

L'organigramme prévoit un comité de gestion médicale[1]. Ce comité est présidé par le chef de département et a pour fonction de le conseiller et l'assister dans la gestion départementale, notamment l'élaboration des objectifs du département et des priorités annuelles.

### **10.** SERVICES

L'organigramme actuel du Département de l'établissement comprend les services suivants :

| | |
|---|---|
| • CHSGCD (hospitalisation) | • CHSLD |
| • CLSC | • GA/URFI/UTRF |
| • Soins palliatifs | • UMF/GMFU |

## **SECTION IV** NOMINATION ET FONCTIONS DU CHEF DE DÉPARTEMENT

### **11.** QUALIFICATIONS

Le chef de département doit être membre actif du CMDP de l'établissement et œuvrer principalement dans son département. Il doit également détenir, selon le département, un certificat de spécialiste en _____N/A_____ ou dans une spécialité d'un des services de son département, émis par le Collège des médecins du Québec. À cet égard, la médecine de famille est une spécialité reconnue par le Collège des médecins.

Le candidat doit :

1° Exercer un leadership mobilisateur au sein de son équipe;
2° Avoir le respect de ses pairs et être crédible auprès d'eux;
3° Avoir de hauts standards de qualité et d'intégrité;
4° Avoir une bonne compréhension du rôle de chef de département;
5° Avoir les habiletés pour coordonner les activités au sein de son département;
6° Avoir une approche axée sur la recherche de solutions mutuellement gagnantes (logiques professionnelle et organisationnelle);
7° Participer activement au développement d'une culture d'amélioration continue de la qualité des soins au sein du département, incluant leur efficience et leur pertinence clinique;
8° Être motivé à assumer les responsabilités de la fonction.

### **12.** PROCESSUS DE NOMINATION DU CHEF DE DÉPARTEMENT

Tout département clinique formé dans l'Établissement est dirigé par un chef qui doit être un médecin, un dentiste ou un pharmacien.

Le CA nomme le chef de département après consultation auprès des médecins, des dentistes et des pharmaciens exerçant dans ce département, du Directeur des services professionnels (DSP) et du CECMDP et d'une consultation auprès de l'université, en accord avec les modalités de collaboration au processus défini au contrat d'affiliation universitaire, le cas échéant.

[1] Ce comité pourrait comprendre le chef de département avec tous les chefs à mandat CISSS de chaque service de son département.

Le chef de département clinique est nommé pour au plus quatre (4) ans. Le mandat de chef de département est renouvelable. Cependant, la durée de tout premier mandat d'un médecin-chef à la tête d'un département clinique est de deux (2) ans, mais il peut être renouvelé pour un autre terme de deux (2) ans sur émission d'un avis favorable et unanime du CECMDP.

Au plus tard quatre (4) mois avant la fin du mandat, le DSP avise le CA, le CECMDP et le chef de département concerné de la fin du mandat.

Les règles de procédure concernant la nomination pour les postes de chefs de département clinique sont décrites dans le document *« Chefs de département médicaux : rôle, procédure de nomination, rémunération »*. Cette procédure de nomination s'applique également à tout renouvellement.

## **13.** FONCTIONS ET RESPONSABILITÉS GÉNÉRALES DU CHEF DE DÉPARTEMENT

Le chef du département exerce les fonctions prévues aux articles 189 à 192 de la LSSSS.

### **13.1.** SOUS L'AUTORITÉ DU DIRECTEUR DES SERVICES PROFESSIONNELS

Le chef de département exécute, sous l'autorité du DSP, les responsabilités suivantes :

1° Coordonner, sous réserve des responsabilités exécutées par le CMDP, les activités professionnelles des médecins, dentistes et pharmaciens de son département;
2° Gérer les ressources médicales, dentaires et pharmaceutiques de son département et, dans la mesure prévue au plan d'organisation de l'établissement, les autres ressources; le cas échéant;
3° Établir les obligations pour les membres de son département;
4° Élaborer pour son département, des règles d'utilisation des ressources médicales, dentaires ou pharmaceutiques, ainsi que des ressources matérielles utilisées par les médecins, dentistes et pharmaciens, et s'assurer que ces règles tiennent compte notamment de la nécessité de favoriser l'accessibilité aux services de l'établissement;
5° S'assurer, dans son département, du respect des règles et des modalités de fonctionnement du mécanisme central de gestion de l'accès aux services;
6° Faire la liste de garde, ou s'assurer qu'elle soit complétée par le chef de service concerné, conformément aux modalités du système de garde adopté par le CMDP et approuvé par le CA, et veiller à son application;
7° S'assurer de la distribution appropriée des soins médicaux et dentaires et des services pharmaceutiques dans son département; avec un souci d'accessibilité, de qualité et de pertinence;
8° Collaborer pour son département à l'identification des indicateurs de qualité et performance;
9° Voir au respect des règles d'utilisation des ressources qu'il a élaborées pour son département et informer, le cas échéant, le DSP de l'inobservation par un médecin, un dentiste ou un pharmacien, de ces règles;
10° Aviser par écrit le DSP pour tout problème de comportement ou de manquement grave et s'assurer qu'un rapport écrit est versé au dossier professionnel du médecin;
11° Dans l'éventualité où une sanction administrative est imposée, informer le CA de la nature et des motifs ayant justifié celle-ci;
12° Participer aux réunions de la table des chefs de département de l'établissement afin de favoriser une coordination interdépartementale ainsi qu'une représentation des préoccupations des membres de son département;

13° Participer à la cogestion médicale du programme-clientèle auquel son département se rattache.

Lorsqu'aucun chef de département clinique n'est désigné, les responsabilités visées au présent point sont exercées par le DSP.

### **13.2.** SOUS L'AUTORITÉ DU CMDP

Le chef de département est responsable envers le CMDP :

1° De surveiller la façon dont s'exercent la médecine, la médecine dentaire et la pharmacie dans son département;
2° Le cas échéant, de surveiller les activités visées au deuxième alinéa de l'article 31 de la Loi médicale (chapitre M-9) qui sont exercées par d'autres professionnels de son département habilités à les exercer par règlement du Conseil d'administration du Collège des médecins du Québec;
3° Le cas échéant, de collaborer avec le directeur des soins infirmiers à la surveillance et au contrôle de la qualité des actes infirmiers exercés en vertu de l'article 36.1 de la Loi sur les infirmières et les infirmiers (chapitre I-8);
4° D'élaborer pour son département, des règles de soins médicaux et dentaires, et des règles d'utilisation des médicaments qui tiennent compte de la nécessité de rendre des services adéquats aux usagers, ainsi que de l'organisation et des ressources dont dispose l'établissement;
5° De donner son avis sur les privilèges et le statut à accorder à un médecin ou à un dentiste lors d'une demande de nomination ou de renouvellement de nomination et sur les obligations rattachées à la jouissance de ces privilèges et de donner son avis sur le statut à accorder à un pharmacien lors d'une demande de nomination.

Lorsqu'aucun chef de département n'est désigné ou lorsque celui-ci n'est pas un médecin, un dentiste ou un pharmacien, les responsabilités énumérées ci-dessus sont exercées par le CMDP.

Dans l'exercice de ses fonctions, le chef de département définit les devoirs et obligations liés à l'octroi des privilèges de ses membres.

## **14.** FONCTIONS ET RESPONSABILITÉS SPÉCIFIQUES DU CHEF DE DÉPARTEMENT

### **14.1.** RESPONSABILITÉS DE COGESTION DE PROGRAMME

À titre de cogestionnaire de son programme clientèle d'appartenance, le chef de département assume également les responsabilités suivantes :

1° Participer au développement des orientations stratégiques de l'organisation;
2° Participer au développement de l'offre de services à la population;
3° Proposer les orientations cliniques et scientifiques du programme clientèle auquel son département est impliqué;
4° Concevoir et planifier l'offre de services offerte par son programme à la population;
5° Participer à la planification et à l'organisation des services cliniques de son programme;
6° Participer à la priorisation des projets de développement clinique;

7° Participer au développement de la politique de gestion des lits et de la politique de couverture de garde;
8° Participer à la rédaction du plan triennal de remplacement des équipements médicaux;
9° Participer à la préparation du plan de recrutement quinquennal des effectifs médicaux pour le CISSS;
10° Participer à l'harmonisation des protocoles de soins;
11° Participer à la planification, à la priorisation et au suivi des projets de développement cliniques;
12° Collaborer à l'évaluation de la qualité et de l'efficience des pratiques cliniques en fonction des données probantes et des résultats attendus.

## **14.2.** RECRUTEMENT DES PROFESSIONNELS

Le chef du département est responsable du recrutement des médecins en cohérence avec la mission de l'établissement. Pour ce faire, il doit consulter le chef de service concerné. Pour chaque nouveau membre, il s'assure de solliciter l'appui de l'université tel que stipulé dans le contrat d'affiliation qui lie le _____N/A_____ à l'Université _____N/A_____, le cas échéant.

Il peut être appelé à former un comité d'appréciation des candidatures lorsque plus d'un candidat postule sur un poste disponible ou pour des besoins spécifiques. Un compte rendu de ce comité d'appréciation des candidatures doit être fait.

Il donne son avis sur les privilèges et le statut à accorder à un médecin ou à un dentiste lors d'une demande de nomination ou de renouvellement et sur les obligations rattachées à la jouissance de ces privilèges.

Il donne son avis sur le statut à accorder à un pharmacien lors d'une demande de nomination.

## **14.3.** NOMINATION TEMPORAIRE D'UN PROFESSIONNEL

Le chef de département peut, en cas d'urgence, accorder temporairement à un médecin, un dentiste ou un pharmacien l'autorisation d'exercer sa profession dans le centre, ou l'installation, exploité par l'établissement. Dans ce cas, il doit aviser immédiatement le président-directeur général (PDG), le DSP et le ministre. Cette autorisation est d'une durée maximale de trois mois et ne peut être renouvelée qu'avec l'autorisation du ministre et aux conditions qu'il détermine.

Lorsque le délai pour l'obtention de cette autorisation risque d'être préjudiciable à un usager, tout médecin, dentiste ou pharmacien peut, sans cette autorisation, donner les soins ou les services requis par l'état de l'usager.

## **14.4.** SUSPENSION D'UN MEMBRE DU DÉPARTEMENT

En situation d'urgence ou pour un manquement grave qui occasionne une situation d'urgence, le chef de département peut décréter la suspension des privilèges de tout membre de son département. Il doit alors aviser immédiatement le président du CECMDP et lui transmettre un rapport dans un délai de 4 jours. Une telle suspension sera valide jusqu'à ce que le CA ait pris une décision au sujet du membre suspendu, sans toutefois excéder une période de 20 jours.

### **14.5.** QUALITÉ, SÉCURITÉ ET PERTINENCE DES SOINS

Le chef du département surveille la qualité, la sécurité et la pertinence des soins donnés par les médecins, dentistes ou pharmaciens de son département. Il réalise ou délègue à un membre de son département cette activité en collaboration avec les comités et sous-comités d'évaluation médicale, dentaire et pharmaceutique du département, tel que défini à l'article 15 du présent règlement.

Il assure le leadership dans l'application des guides de pratique en fonction des résultats probants.

Il s'assure que les médecins maintiennent leur compétence par la participation régulière à des congrès ou symposiums et autres réunions scientifiques du département; ou certifications nécessaires pour la pratique dans le département.

Cela implique que les balises émises par le Collège des Médecins en matière de maintien des compétences sont respectées.

Il établit et met en application les mécanismes de contrôle et d'appréciation des actes médicaux, dentaires ou pharmaceutiques posés dans son département, en collaboration avec le CMDP et le DSP. Il s'assure que tous les membres actifs du département participent à l'évaluation de l'acte médical.

### **14.6.** ENSEIGNEMENT ET RECHERCHE (S'IL Y A LIEU)

#### **14.6.1.** EXIGENCES DES DIFFÉRENTS ORGANISMES

Le chef du département s'assure que les exigences des organisations, notamment celles : des organismes de reconnaissance des standards des soins, d'enseignement et de recherche, du Collège des médecins du Québec, de l'Ordre des dentistes et de l'Ordre des pharmaciens, sont respectées.

#### **14.6.2.** DÉVELOPPEMENT DE LA RECHERCHE

Le chef du département soutient la mission de recherche du département, le cas échéant, et encourage les médecins du département à présenter et publier des travaux scientifiques, pour les médecins-chercheurs de son département ou ceux impliqués en recherche, en collaboration avec la direction de l'enseignement et de la recherche.

#### **14.6.3.** ENGAGEMENT UNIVERSITAIRE

Le cas échéant, le chef du département coordonne, en collaboration avec la direction de l'enseignement et de la recherche, les activités académiques des membres du département, les moniteurs cliniques des résidents et des étudiants, le tout en respect du contrat d'affiliation avec l'Université McGill et ententes avec les autres Universités et maisons d'enseignement.

## 15. AUTRES RESPONSABILITÉS OU CONSIDÉRATIONS À L'ÉGARD DU CHEF DE DÉPARTEMENT

### 15.1. RAPPORT D'ACTIVITÉS

Chaque année, le chef de département assisté de son comité de gestion dépose un rapport des activités cliniques, d'enseignement, de recherche et d'évaluation des technologies du département au DSP et au CMDP.

### 15.2. REMPLACEMENT TEMPORAIRE

Si le chef de département ne peut temporairement assumer ses fonctions, il pourra déléguer temporairement une partie de ses fonctions à un membre de son département. Advenant qu'un chef de département clinique soit empêché d'exercer ses fonctions pour une période prolongée ou que le poste devienne vacant, le CECMDP recommande au CA la désignation d'un chef intérimaire qui assure le bon fonctionnement du département pendant la période de temps requise à la nomination d'un nouveau chef de département.

### 15.3. DÉMISSION

Un chef de département peut en tout temps quitter ses fonctions, 60 jours après avoir adressé un avis écrit à cet effet au CA, au CMDP et au DSP.

## SECTION V NOMINATION ET FONCTIONS DU CHEF ADJOINT DE DÉPARTEMENT

### 16. NOMINATION

Le CA nomme le chef adjoint de département après consultation auprès des médecins, des dentistes et des pharmaciens exerçant dans ce département, du DSP et du CECMDP et d'une consultation auprès de l'université, en accord avec les modalités de collaboration au processus défini au contrat d'affiliation universitaire, le cas échéant. Le chef adjoint de département clinique est nommé pour la même durée que celle du chef de département.

### 17. FONCTIONS

Le chef adjoint de département est un collaborateur immédiat du chef de département. Il assume localement les fonctions et les mandats qui lui sont confiés par le chef de département. Il assure un rôle décisionnel dans les tâches opérationnelles qui requièrent une représentation permanente locale du chef de département.

### 18. REMPLACEMENT TEMPORAIRE

Si l'adjoint au chef de département ne peut temporairement assumer ses fonctions, il pourra déléguer temporairement une partie de ses fonctions à un membre de son département, avec l'accord du chef de département. Il est notamment invité à identifier un remplaçant local au sein

de son département pour assumer les tâches opérationnelles qui requièrent une représentation permanente locale du chef de département.

## **SECTION VI** NOMINATION ET FONCTIONS DU CHEF DE SERVICE (MANDAT CISSS)

### **19.** NOMINATION

Un service CISSS est dirigé par un chef de service sous la responsabilité du chef du département. Ce chef de service est nommé par son chef de département et sa nomination est effective après sur approbation du CECMDP et du DSP. Le chef de service est nommé pour la même durée que celle du chef de département.

### **20.** FONCTIONS

Le chef de service CISSS est un collaborateur immédiat du chef de département. Il assure la gestion (niveau local et CISSS) de son service en fonction des attentes signifiées par son chef de département.

Sous la direction du chef de département, il assume les tâches suivantes :

1° Il coordonne les activités exercées dans sa discipline;
2° Il établit une liste de garde pour son service local. Il supervise l'établissement d'une liste locale adéquate pour chacune des installations où son service est représenté. À défaut, cette responsabilité lui revient;
3° Il rédige un règlement pour son service;
4° Il propose au chef de département des règles de soins et des règles d'utilisation des ressources pour sa discipline;
5° Il répond au chef de département de l'ensemble des soins donnés dans sa discipline;
6° Il collabore à la gestion des lits et des plateaux techniques (localement);
7° Il voit à la réalisation au niveau local de l'évaluation de la qualité de l'acte médical, dentaire et pharmaceutique;
8° Il s'assure que les décisions entérinées lors des réunions du service (localement et au niveau CISSS) sont consignées dans des comptes rendus.

En l'absence d'un chef de service CISSS, ces fonctions sont assumées par le chef de département. Un chef de service peut en tout temps quitter ses fonctions, 60 jours après avoir adressé un avis écrit à cet effet au chef de département, au DSP et au CECMDP.

## **SECTION VII** NOMINATION ET FONCTIONS DU CHEF DE SERVICE (MANDAT LOCAL)

### **21.** NOMINATION

Un service local est dirigé par un chef de service sous la responsabilité du chef du département. Ce chef de service est nommé par son chef de département et sa nomination est effective après sur approbation du CECMDP et du DSP.

**22.** FONCTIONS

Le chef de service local est un collaborateur immédiat du chef de service CISSS. Il assure la gestion locale de son service en fonction des attentes signifiées par son chef de département.

Sous la direction du chef de département, il assume les tâches suivantes :

1° Il coordonne localement les activités exercées dans sa discipline;
2° Il établit une liste de garde pour son service (localement);
3° Il répond au chef de service CISSS de l'ensemble des soins donnés dans sa discipline;
4° Il collabore à la gestion des lits et des plateaux techniques (localement);
5° Il voit à la réalisation au niveau local de l'évaluation de la qualité de l'acte médical, dentaire et pharmaceutique;
6° Il s'assure que les décisions entérinées lors des réunions du service local sont consignées dans des comptes rendus.

En l'absence d'un chef de service local, ces fonctions sont assumées par le chef de service CISSS. Un chef de service peut en tout temps quitter ses fonctions, 60 jours après avoir adressé un avis écrit à cet effet au chef de département, au DSP et au CECMDP.

## **SECTION VIII** DÉTERMINATION DU STATUT ET DES PRIVILÈGES DES MEMBRES

**23.** NOMINATION, RENOUVELLEMENT DE NOMINATION ET CHANGEMENT DE STATUT ET PRIVILÈGES

Toute demande de nomination doit suivre le processus décrit dans :

1° La Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS) et ses règlements;
2° La loi modifiant certaines dispositions relatives à l'organisation clinique et à la gestion des établissements de santé et des services sociaux;
3° Le règlement du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) du CISSSMO,

En respectant les orientations de gestion des effectifs médicaux dictées par le Ministère.

Le chef de département, de concert avec les chefs de service de son département, doit établir les priorités en termes de recrutement (type de pratique, compétences recherchées (cliniques, enseignement et recherche), lieu de pratique principal et secondaire, etc.).

Dans le cas d'une nouvelle candidature, le chef du service concerné, s'il y a lieu, doit adresser au chef du département sa recommandation écrite. Le chef de département doit transmettre par écrit au comité d'examen des titres son avis sur le statut du membre et, s'il s'agit d'un médecin ou d'un dentiste, sur les privilèges à lui accorder et sur les obligations rattachées à la jouissance de ces privilèges.

Si une demande de privilèges implique un partage d'activités entre deux départements, les chefs des départements concernés doivent être consultés et une entente doit être établie entre ces derniers et idéalement confirmée par écrit.

Lorsqu'il y a plus d'une candidature pour un poste, un mécanisme ou un comité d'appréciation des candidatures doit être mis en place. Ce dernier doit produire un compte rendu en justifiant le choix selon des critères de sélection.

Lors du renouvellement de privilèges des membres actifs, le chef du département et le chef de service vérifient les statuts et privilèges qui doivent être octroyés. Ils évaluent et s'assurent du respect des engagements avant tout renouvellement. Il s'assure également que le médecin a rempli ses obligations et maintenu sa compétence et a obtenu les certifications exigées par le département et en fait rapport au DSP et Comité d'examen des titres.

La participation active du membre aux activités académiques du département doit également être prise en considération, de même que les activités de formation professionnelle reconnues par le Collège des médecins du Québec, l'Ordre des dentistes et l'Ordre des pharmaciens.

### **24.** ATTRIBUTION DU STATUT ET DES PRIVILÈGES

Le statut, les privilèges et les obligations sont attribués selon les règles prévues au *Règlement du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens* (CMDP) du CISSSMO, assujetti à une signature du membre attestant avoir pris connaissance des privilèges et des obligations qui lui sont octroyés.

Dans tous les cas, l'attribution de privilèges doit prévoir la répartition des activités cliniques, de recherche et d'enseignement, et la répartition doit être inscrite à la résolution du CA.

## **SECTION IX** OBLIGATIONS, DEVOIRS ET RESPONSABILITÉS DES MEMBRES

Les obligations, devoirs et responsabilités des membres sont prévus dans la résolution par laquelle le CA accepte une demande de nomination ou de renouvellement de nomination d'un médecin ou dentiste.

Dans le département de médecine générale, les membres doivent :

1° Collectivement avec les autres médecins de l'établissement, s'assurer qu'il n'y ait pas de rupture d'accès aux services de l'établissement;
2° Participer aux activités et au bon fonctionnement du département;
3° Participer à au moins 50% des réunions du département au cours d'une même année;
4° Prendre connaissance du Règlement de département pour chaque département dont il est membre, lors de son recrutement initial et à chacune des mises à jour du Règlement, aux quatre ans, et envoyer au CMDP une attestation en ce sens;
5° Respecter le règlement dûment adopté du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) et le règlement dûment adopté du département et du service où il exerce;
6° Respecter les règles de soins et les règles d'utilisation des ressources dûment adoptées et en vigueur dans l'établissement;
7° Respecter la répartition et la coordination des activités effectuées par le chef de département ou le chef de service;
8° Respecter les règles du Collège des médecins du Québec quant à la tenue de dossier;
9° Respecter la politique de civilité de l'établissement;
10° Maintenir à jour leur niveau de compétence professionnelle;
11° Participer aux travaux de tout comité auquel ils sont nommés par le CECMDP ou le chef du département;
12° Accomplir les tâches médico-administratives qui leur sont confiées par le chef du département, leur chef de service, le DSP ou le CECMDP;
13° Participer aux activités d'évaluation et d'amélioration de la qualité de l'acte;

14° Participer aux activités d'enseignement et de recherche (s'il y a lieu);
15° Respecter la liste de garde établie par le chef de département, leur chef de service ou la personne désignée par ce dernier;
16° Aviser le chef du département et le chef de service pour toute absence de plus d'un mois au moins 30 jours avant la sortie de l'horaire, à moins d'une situation exceptionnelle et inattendue;
17° Demander par écrit au chef de service et de département, ainsi qu'au DSP pour une demande de congé prolongé de plus de deux (2) mois au moins quatre (4) mois à l'avance, pour des congés de type perfectionnement, congé sabbatique, etc.
18° Prodiguer des soins de qualité aux patients sous leur responsabilité ;
19° Assurer une disponibilité continuelle pour leurs patients hospitalisés ou, en cas d'absence, s'assurer qu'un médecin remplaçant assure une telle disponibilité à leur place ;
20° Assumer le suivi régulier des patients dont ils sont responsables et, en cas d'absence, trouver un remplaçant pour assumer un tel suivi à leur place.

### **25.** PRÉSENCE AUX RÉUNIONS

Le membre actif doit participer obligatoirement par année (présence et absence motivée) à 70 % des réunions de l'ensemble des assemblées du CMDP, des réunions de département et des autres comités dont le membre fait partie. Ce 70 % inclut les absences motivées suivantes :

1° Les congés de maladie;
2° Les congés de maternité;
3° Les vacances autorisées;
4° Les congés sabbatiques;
5° Les congrès;
6° Les gardes;
7° Les gardes à l'urgence (pendant la réunion et la nuit suivante);
8° Les soins actifs auprès de patients;
9° Autres absences motivées après acceptation du président de l'exécutif.

Les présences sont prises à chaque réunion et le cumulatif est déposé au dossier professionnel en vue du renouvellement de son statut et/ou privilège. Si le relevé de présences est non conforme, le membre recevra un avis avec dépôt au dossier professionnel, de se conformer ou de motiver ses absences à l'avenir. Si le membre ne se conforme pas après une année, des sanctions pourraient s'appliquer.

## **SECTION X** ACTIVITÉS CLINIQUES

### **26.** COUVERTURE DES SERVICES PROFESSIONNELS

#### **26.1. GÉNÉRALITÉS**

La couverture clinique non interrompue et dans les délais prescrits des activités de soins constitue l'essence de la tâche professionnelle de la majorité des membres du département. Dans chaque service, les activités de soins sont exercées selon des règles établies en conformité avec les règlements du CMDP et le plan d'organisation et la mission de l'établissement. Ces règles doivent être élaborées par le chef du département.

### 26.2. DISPONIBILITÉ AUX ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES

Afin d'assurer cette couverture ininterrompue, chacun des membres du département devra, au sein de son service, participer à une distribution équitable de l'ensemble des tâches cliniques du service, par installation, et fournir conséquemment une disponibilité d'assignation jusqu'à concurrence de 42 semaines par année, à moins d'une entente unanime de l'ensemble des membres du service concernés dans cette installation. L'établissement d'une telle entente, ou une contribution des membres d'un service, inférieure à ce niveau ne pourra justifier la survenue d'une découverture de service ni le déploiement de démarches de sollicitation d'effectifs à l'interne ou à l'extérieur du CISSSMO.

### 26.3. ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES SPÉCIFIQUES

*(cf. annexe C)*

## 27. COUVERTURE DE LA GARDE

### 27.1. GÉNÉRALITÉS

Le chef de département doit s'assurer qu'un service de garde non interrompu est établi dans son département et dans chacun des services, et ce, pour chaque installation de l'établissement. Il fait ou délègue la production de la liste de garde et veille à son application.

Pour tous les services du département, la liste de garde complétée devra être soumise minimalement 1 mois (30 jours) avant sa prise d'effet. Les membres d'un service local deviendront imputables, à tour de rôle, de toute découverture au sein d'une liste fournie incomplète après cette date. Aucun congé (vacance, congrès, férié) ne pourra justifier de se soustraire à cette responsabilité.

Le médecin est responsable de ses gardes. S'il ne peut les faire pour des raisons reconnues par le département, il a la première responsabilité de se faire remplacer. Tout médecin de garde doit être en mesure de communiquer avec l'équipe qui le sollicite à l'intérieur de 30 minutes. Les modalités de délai minimal de disponibilité en présence selon l'urgence et/ou la nécessité d'intervention sont à établir dans les Règlements de chacun des services du département.

Ne pas faire sa garde sera considéré comme un manquement grave et pourrait être passible de sanction administrative ou disciplinaire, et ce dès la première dérogation.

### 27.2. PRINCIPES DIRECTEURS DE CONTRIBUTION À LA GARDE

Au sein de chaque service du département, la tâche de la garde devra être répartie équitablement entre tous les membres du même service, par installation, à moins d'une entente unanime de l'ensemble des membres du service local concerné.

L'établissement d'une telle entente ne peut avoir pour effet de réduire les effectifs disponibles au point de rendre impossible la couverture locale ininterrompue et deviendrait par conséquent invalide.

### **27.3.** RÈGLES D'ALLÈGEMENT À LA PARTICIPATION À LA GARDE

Pour certains services, des règles pourront être établies afin de prévoir des modalités différentes de participation par un membre en fonction de l'âge, de la maladie ou de tout autre critère. Ces règles ne pourront toutefois être établies et appliquées qu'avec l'approbation majoritaire des membres du service CISSS concerné et l'appui du chef de département.

### **27.4.** HORAIRES DE GARDE

Les heures régulières de service sont du dimanche au samedi, de 8 h à 8 h. L'horaire d'assignation à la garde implique généralement que le médecin est répondant pour sa discipline à l'extérieur des heures régulières de travail.

*Toute modification de couverture de garde doit être partagée à la personne responsable de l'horaire et/ou le chef de département. Une liste téléphonique à jour doit être maintenue selon les critères demandés par le chef de département.*

## **SECTION XI** ACTIVITÉS ACADÉMIQUES D'ENSEIGNEMENT (s'il y a lieu)

En vertu du contrat d'affiliation ou d'une entente liant l'établissement à l'Université McGill, le département doit maintenir des activités académiques.

Ces activités sont sous la responsabilité des chefs de service et du chef du département.
Tous les patients admis par un membre du département, inscrits à l'urgence ou vus en consultation externe, peuvent être sollicités pour l'enseignement, conditionnellement à obtenir leur consentement.

Le chef du département et les chefs de service peuvent nommer des responsables de l'enseignement afin d'assurer la coordination et le suivi de ces activités, en accord avec la direction de l'enseignement universitaire et de la recherche.

Les membres du département conviennent que leur pratique comprend un double rôle incluant les activités cliniques et d'enseignement, dans la mesure où les effectifs de ce service le permettent.

Le chef du département, en collaboration avec les chefs de service et la direction de l'enseignement universitaire et de la recherche, doit s'assurer que les étudiants et les résidents ont un environnement et un climat propices à la poursuite de leurs études.

## **SECTION XII** ACTIVITÉS DE RECHERCHE (s'il y a lieu)

La réalisation d'activités de recherche constitue un des objectifs du département. Le chef du département et les chefs de service s'assurent de promouvoir et de maintenir un climat propice à la recherche.

Le chef du département peut nommer, en collaboration avec la direction de l'enseignement universitaire et de la recherche, un responsable de la recherche afin d'assurer le développement,

la coordination et le suivi de ces activités. Celui-ci tient un registre annuel des activités de recherche.

Dans toutes les activités de recherche comportant des actes médicaux et impliquant des usagers, les membres du département relèvent de leurs services respectifs même s'ils font partie d'une unité de recherche appartenant à une autre direction.

Le chef de service demeure le premier responsable de la recherche clinique exécutée dans son service.

Tous les membres du département sont soumis aux règlements et procédures établis par le CMDP, le DSP et la *« Politique sur la conduite responsable et l'intégrité en Recherche »* concernant l'adoption et le suivi des projets de recherche.

Les membres impliqués en recherche doivent suivre les règles et procédures du bon cheminement des projets de recherche adoptés par la direction de l'enseignement universitaire et de la recherche.

## **SECTION XIII** ÉVALUATION DE LA QUALITÉ DE L'ACTE MÉDICAL, DENTAIRE ET PHARMACEUTIQUE

Sous l'autorité du CMDP, le comité d'évaluation médicale, dentaire et pharmaceutique a comme objectif principal d'élaborer une démarche d'évaluation de la qualité de l'acte dans un but d'amélioration de la qualité des soins prodigués aux patients de notre établissement, et ce, au sein de chacun de nos réseaux locaux de services (RLS). Afin de procéder de façon efficace, un modèle décentralisé de fonctionnement a été retenu.

Chaque chef de département nomme, renouvelle ou remplace, selon la structure désignée pour son département, les responsables de l'évaluation de l'acte médical, dentaire et pharmaceutique au sein des comités départementaux.

Les responsables des comités départementaux doivent produire un rapport de chaque étude ou revue de mortalité et morbidité, et ceux-ci seront transmis au comité d'évaluation médicale, dentaire et pharmaceutique.

Le comité d'évaluation médicale, dentaire et pharmaceutique est responsable d'étudier ces rapports et de formuler ses recommandations au CECMDP du CISSSMO.

Le CECMDP du CISSSMO prend acte des recommandations et établit les actions à poser, le cas échéant, afin de les actualiser au sein de l'établissement.

Pour plus d'information, le rôle et le fonctionnement du comité d'évaluation médicale, dentaire et pharmaceutique sont plus détaillés dans le *Règlement du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens* du CISSSMO.

## **SECTION XIV** RÈGLES GÉNÉRALES D'UTILISATION DES RESSOURCES

### **28.** RÈGLES D'UTILISATION DES RESSOURCES MÉDICALES ET MATÉRIELLES

Les responsabilités du chef de département incluent l'obligation d'élaborer des règles d'utilisation des ressources médicales et matérielles, ainsi que des sanctions administratives possibles lorsqu'il y a contravention à ces règles. Les ressources médicales concernent les effectifs médicaux, notamment l'horaire des médecins, leur charge de travail, le nombre de médecins en fonction des activités et le système de garde. Peuvent également constituer des règles d'utilisation des ressources médicales, la gestion des vacances des membres d'un département, la gestion des admissions, la gestion des consultations médicales, etc. Les ressources matérielles concernent les plateaux techniques, notamment le bloc opératoire, l'unité d'endoscopie, l'unité des soins intensifs et l'imagerie médicale, ainsi que les équipements médicaux et autres matériels.

Les règles d'utilisation devraient faire état de règles générales d'utilisation des ressources médicales et matérielles ainsi que des règles spécifiques à chacun des départements ou services. Au nombre des principes généraux applicables, on retrouve ceux de l'accessibilité aux services, du respect des droits et obligations prévus aux lois et aux règlements existants, et de l'obligation d'équité.

Les règles d'utilisation des ressources médicales et matérielles doivent être approuvées par le CA après avoir obtenu l'avis du CMDP.

Ces règles d'utilisation doivent prévoir des sanctions administratives qui peuvent avoir pour effet de limiter ou suspendre le droit d'un médecin ou d'un dentiste d'utiliser les ressources de l'établissement. Toutefois, ces sanctions ne peuvent être considérées comme une atteinte aux privilèges accordés par le CA au médecin ou au dentiste, selon le cas.

Lorsque le chef de département refuse d'élaborer ces règles d'utilisation des ressources ou tarde à le faire, le DSP ou à défaut le PDG doit les élaborer.

### **29.** RÈGLES DE SOINS MÉDICAUX ET DENTAIRES ET D'UTILISATION DES MÉDICAMENTS

Les responsabilités du chef de département incluent également l'obligation d'élaborer pour son département, des règles de soins médicaux et dentaires, et des règles d'utilisation des médicaments qui tiennent compte de la nécessité de rendre des services adéquats aux usagers, ainsi que de l'organisation et des ressources dont dispose l'établissement. Ces règles doivent prévoir que l'exercice professionnel des médecins, dentistes et pharmaciens du département répond à des règles uniques.

Lorsque le chef de département refuse d'élaborer les règles de soins médicaux et dentaires, et les règles d'utilisation des médicaments, ou tarde à le faire, le CA peut demander au CMDP ou au PDG de les élaborer.

Ces règles de soins médicaux et dentaires, et les règles d'utilisation des médicaments entrent en vigueur après avoir été approuvées par le CA qui doit au préalable, obtenir la recommandation, le cas échéant, du CMDP et, à l'égard des règles de soins médicaux et des règles d'utilisation des médicaments applicables aux infirmières ou aux infirmiers habilités à exercer des activités visées

à l'article 36.1 de la Loi sur les infirmières et les infirmiers (chapitre I-8), du Conseil des infirmières et infirmiers.

## **SECTION XV** ASSEMBLÉES ET COMITÉS DÉPARTEMENTAUX

### **30.** ASSEMBLÉES ORDINAIRES

Les assemblées ordinaires sont celles où les membres du département discutent des affaires courantes du département. Le chef de département détermine la fréquence et le nombre de réunions requises dans son département. Ce dernier doit idéalement tenir au moins quatre assemblées ordinaires par année.

Le chef de département doit tenir à jour un registre des présences et des absences aux assemblées ordinaires du département. Il fait également parvenir les procès-verbaux des réunions de son département au CECMDP de même qu'au DSP et, s'il y a lieu, leur fait des recommandations.

### **31.** ASSEMBLÉES EXTRAORDINAIRES

Les assemblées extraordinaires sont celles où les membres du département discutent de questions ou de problèmes particuliers du département.

Une assemblée extraordinaire du département peut être convoquée en tout temps par avis adressé à chaque membre :

1° Par le chef du département;
2° À la demande écrite d'un minimum de deux (2) membres actifs du département;
3° Par le CECMDP ou par le DSP.

Une telle demande doit être adressée au chef de département et indiquer l'ensemble des questions ou problèmes à discuter.

### **32.** PROCÉDURE DES ASSEMBLÉES

#### **32.1.** L'AVIS DE CONVOCATION

L'avis de convocation doit parvenir aux membres sept (7) jours avant la date de l'assemblée ordinaire ou extraordinaire.

#### **32.2.** L'ORDRE DU JOUR

L'ordre du jour est préparé par le chef du département et doit être distribué aux membres au moins 24 heures avant la tenue de l'assemblée ordinaire ou extraordinaire.

**32.3.** AJOUT À L'ORDRE DU JOUR

Dans le cadre d'une assemblée ordinaire, tout membre du département peut requérir du chef du département d'ajouter un point à l'ordre du jour. Un sujet n'est soumis à une discussion que s'il a été porté à l'ordre du jour.

Toutefois, seuls les questions ou problèmes indiqués à l'ordre du jour d'une assemblée extraordinaire feront l'objet d'une discussion.

**32.4.** PRÉSIDENCE

Le chef de département préside les assemblées ordinaires ou extraordinaires. En son absence, il est remplacé à ce titre par une personne qu'il désigne. Sous réserve des dispositions du présent règlement, tout ce qui concerne le déroulement et les procédures à une assemblée relève de sa compétence.

Les questions de procédure non prévues à la LSSSS, au ROAE ou au présent règlement sont régies, en les adaptant, par les règles contenues dans le Guide de procédure des assemblées délibérantes (par exemple : *Université de Montréal, Secrétariat général, ISBN 2-7606-1755-6*).

Le président désigne un membre pour agir à titre de secrétaire de l'assemblée.

**32.5.** DROIT DE VOTE

Seuls les membres actifs[2] ont droit de vote. Le département doit décider qui a le droit de vote (membres actifs, mais aussi possible pour membres associés dans certains départements). Le vote se prend à main levée, sauf si au moins deux membres actifs présents à l'assemblée exigent que le vote soit exercé par scrutin secret. En cas d'égalité des voix, le chef du département jouit alors d'un vote prépondérant.

**32.6.** DÉCISION

Sauf en ce qui concerne l'adoption ou l'amendement du présent règlement, les décisions des assemblées se prennent à la majorité des voix des membres actifs présents.

**32.7.** COMPTES RENDUS

Le secrétaire rédige un compte rendu pour chaque assemblée.

L'original de ces comptes rendus doit être conservé dans les archives du département dans un registre approprié.

[2] Pour une définition des différents statuts des membres du CMDP, voir le chapitre 3 des Règlements de régie interne du CMDP du CISSS de la Montérégie-Ouest.

Ces comptes rendus doivent être signés par le chef du département ainsi que par le secrétaire de la réunion.

Une copie de chacun des comptes rendus doit être remise au DSP et au secrétaire du CECMDP.

### **32.8.** ABSENCE

Toute absence aux assemblées ordinaires du département doit être motivée.

Si un membre du département s'absente de façon non motivée à 50% des réunions de l'assemblée ordinaire au cours d'une année, le chef du département fournira un rapport au CECMDP. De plus, la non-participation aux assemblées départementales ordinaires peut conduire à une remise en question de son statut lors du prochain renouvellement.

### **32.9.** QUORUM

Le quorum des assemblées du département est constitué de la majorité simple (50%+1) des membres actifs.

Le quorum des assemblées d'un service clinique est fixé à 30% des membres actifs de ce service.

## **33.** COMITÉS DÉPARTEMENTAUX

Le chef de département peut former des comités pour tout sujet ou tout domaine où il juge approprié de le faire.

Chaque comité départemental détermine l'horaire de ses réunions, selon les besoins de son mandat.

Chaque comité départemental fait rapport au chef du département dans les délais demandés.

## **34.** RÉUNIONS DU COMITÉ DE GESTION MÉDICALE

Le comité de gestion médicale du département formé conformément à l'article 5.1 doit déterminer la fréquence de ses rencontres ainsi que les modalités de fonctionnement. Ce comité est sous la présidence du chef de département.

Un compte rendu est rédigé pour chacune des réunions.

## **SECTION XVI** MÉCANISMES ADMINISTRATIFS

### **35.** VACANCES ET FORMATION CONTINUE

À moins d'une entente unanime par l'ensemble des membres d'un service local, chaque membre du département peut réclamer jusqu'à 14 semaines de congé par année, répartie comme il le convient (voir 12.1.1).

Les demandes de congé doivent être soumises au chef de service dans un délai suffisant pour permettre l'établissement de la liste de garde de la période concernée (1 mois avant la date limite de soumission de ladite liste).

Il n'est pas possible d'accorder, par service local, des congés à un nombre de membres simultanés (2 ou plus) qui précipiteraient une découverture des assignations essentielles de ce service local, incluant la garde.

### **36.** CONGÉ SABBATIQUE ET CONGÉ DE SERVICE

Le congé de service ou congé sabbatique est une période d'arrêt complet des activités professionnelles d'un médecin ou d'un dentiste à l'intérieur de l'établissement.

Un médecin ou un dentiste doit demander un congé sabbatique ou de service s'il a l'intention de s'absenter pour une période de plus de deux (2) mois. Cette demande doit être faite quatre (4) mois avant la date prévue du congé. Un médecin ou un dentiste peut demander un congé sabbatique ou un congé de service pour une durée maximale de douze (12) mois, à moins qu'il ne soit renouvelé. Deux (2) mois avant la fin de ladite période, le médecin ou le dentiste doit signifier par écrit à l'établissement s'il revient exercer ou non au sein de cet établissement. À défaut d'un tel avis, et ce, dans les délais mentionnés, le CMDP prendra les dispositions nécessaires et au besoin pourra faire déposer une plainte pour non-respect des règles. Un congé de service ne peut être renouvelé de façon consécutive qu'une (1) seule fois, après entente avec le chef du département concerné.

En ce qui concerne les pharmaciens, membres du CMDP, les délais et les conditions concernant les congés de service sont ceux entérinés dans l'entente MSSS-APES.

Un médecin qui obtient un congé sabbatique ou un congé de service garde sa place au plan des effectifs médicaux de l'établissement et peut être remplacé de façon temporaire.

Le congé est accordé par le DSP après consultation du comité exécutif du CMDP. Lorsqu'un congé lui est accordé, un médecin ou un dentiste est exempté de l'obligation d'assister aux réunions du conseil, aux réunions de département et aux réunions de service.

### **37.** CONGÉ DE MATERNITÉ, DE PATERNITÉ OU D'ADOPTION

Dans le cas d'une naissance ou de l'adoption d'un enfant, le CMDP du CISSSMO reconnait le privilège à tous les médecins et dentistes de prendre congé au même titre que tous les employés salariés au Québec et applique conséquemment les mêmes règles et principes. Dans tous les cas sauf situation non prévisible (ex. retrait préventif), le membre doit en aviser le chef de département au moins trois (3) mois à l'avance.

Définitions :

1° Congé de maternité : pour la mère biologique;
2° Congé de paternité : pour le père biologique (ou conjointe de la mère biologique)
3° Congé parental : s'applique aux deux parents, biologiques ou adoptifs.

Période et durée des congés de maternité, de paternité et parental
*(à compter du 1er janvier 2021)*

| Je suis un(e) | Je peux prendre un : | Le congé peut débuter au plus tôt : | Le congé doit finir au plus tard : | La durée du congé est : | La durée maximum du congé si regroupés (semaines) |
|---|---|---|---|---|---|
| **Mère biologique** | Congé de maternité | 16 semaines avant la date prévue de l'accouchement. | 18 semaines après l'accouchement. | De 18 semaines continues maximum. | 52 semaines |
| | Congé parental | La semaine de naissance de l'enfant | 70 semaines après la naissance de l'enfant | De 34 semaines continues maximum. | |
| **Père biologique** | Congé de paternité | La semaine de naissance de l'enfant. | 52 semaines après la naissance de l'enfant. | De 5 semaines continues maximum. | 39 semaines |
| | Congé parental | La semaine de naissance de l'enfant. | 70 semaines après la naissance de l'enfant. | De 34 semaines continues maximum. | |
| **Parent adoptif (mère ou père)** | Congé parental | La semaine où l'enfant m'est confié. | 70 semaines après que l'enfant m'est confié. | De 52 semaines continues maximum. | 52 semaines |

Le congé parental d'une durée maximale de 34 semaines est non fractionnable et peut être pris par chacun des deux parents à la suite du congé de maternité ou de paternité, le cas échéant.

Le congé parental pour adoption d'une durée maximale de 52 semaines est non fractionnable et peut être pris par chacun des deux parents.

**37.1.** ACCOMMODEMENTS PENDANT LA GROSSESSE

Certaines activités nécessitant une posture rendue difficile par la grossesse, une station debout prolongée ou un effort physique contre-indiqué en grossesse peuvent être arrêtées selon avis médical et/ou discussion avec le chef de département.

## **38.** REMPLACEMENT

Dans toute circonstance imprévisible, où le médecin n'est pas en mesure de voir à son remplacement, il appartient, selon le cas, aux chefs de service et au chef du département de s'assurer du remplacement si nécessaire de tout individu occupant une fonction quelconque au sein du département par un membre du département, et d'en aviser le DSP et le CMDP.

## **39.** MODIFICATION DES ACTIVITÉS POUR CAUSE DE MALADIE OU PRÉRETRAITE

Dans toute circonstance où la modification des activités cliniques pour cause de maladie ou la préretraite aurait pour effet de modifier les obligations ou privilèges d'un membre du département, les orientations émises par le ministère de la Santé s'appliquent.

## **40.** CESSATION PERMANENTE D'EXERCICE

Au risque d'être considéré comme professionnel non participant, le médecin ou le dentiste est tenu d'aviser par écrit le CA de sa décision de cesser d'exercer sa profession dans l'établissement au moins soixante (60) jours avant son départ. Lorsque le CA est saisi de la démission du membre, elle devient irrévocable. Le CA peut toutefois autoriser un médecin ou un dentiste à cesser d'exercer sa profession au sein de l'établissement sans préavis ou à la suite d'un préavis de moins de soixante (60) jours s'il juge que son départ n'a pas pour effet d'affecter la qualité ou la suffisance des services médicaux ou dentaires offerts à la population desservie par l'établissement.

Tout médecin ou dentiste qui cesse sans l'autorisation du CA d'exercer sa profession au sein de l'établissement sans avoir donné un préavis d'au moins soixante (60) jours s'expose à des mesures administratives, tel que décrit à l'article 257 de la LSSSS.

### **40.1.** OBLIGATIONS DU MEMBRE DÉMISSIONNAIRE

Tous les dossiers devront être parachevés avant le départ ou l'absence prolongée dudit membre.

Le membre démissionnaire doit s'assurer que tout usager pour lequel une demande d'admission a été faite à son nom ait reçu les instructions appropriées. Il doit s'assurer que tous les résultats d'examens demandés par lui aient un suivi adéquat.

Le membre démissionnaire doit aviser de son départ les usagers dont il a la responsabilité, s'assurer de leur suivi et, si nécessaire, de leur transfert auprès d'un collègue. Il doit transférer à un collègue toute demande de consultation qui lui a été adressée.

Au moins trente (30) jours avant la date effective de son départ, le membre démissionnaire devra aviser son chef de département des démarches prises et qu'il entend prendre en vue de remplir ses obligations.

**41.** SANCTIONS ADMINISTRATIVES

Lorsqu'un médecin, dentiste ou pharmacien enfreint une des règles eu égard à l'utilisation des ressources prévues au présent règlement, ou qu'il néglige de respecter les délais essentiels à la tenue des dossiers et leur parachèvement, le chef de département peut demander au DSP d'appliquer, conformément au troisième paragraphe de l'article 204 de la LSSSS, les sanctions administratives prévues ci-dessous. Ces sanctions administratives pourront avoir pour effet de limiter ou suspendre le droit dudit médecin, dentiste ou pharmacien d'utiliser les ressources de l'établissement pour une période de temps.

Des mesures administratives ne viennent pas modifier les privilèges du médecin, dentiste ou pharmacien et leur application ne peut être reconnue comme une limitation à la jouissance de ses privilèges ni ne dispense le médecin de ses obligations.

De plus lors des périodes de sanctions administratives, le médecin ou dentiste préserve l'obligation de la garde.

Ce faisant, le DSP devra, préalablement à l'application de ces sanctions administratives, indiquer au médecin ou au dentiste visé, par écrit, la nature de la contravention et la teneur de la sanction administrative applicable; il doit aussi lui fournir l'occasion de se faire entendre.

L'application des sanctions administratives obéira à un principe d'escalade en fonction des récidives. En ce sens, le médecin qui déroge à différentes règles, simultanément ou en séquence, sera réputé réfractaire à un mode de fonctionnement collégial régi par des règles organisationnelles et, en conséquence, s'exposera possiblement à une telle escalade :

1° Une première infraction pourra entraîner un avertissement verbal;
2° Une deuxième infraction pourra entraîner un avertissement écrit, résumant l'avis verbal donné et son contenu ainsi que la deuxième offense;
3° Une troisième infraction pourra entraîner la suspension du droit d'utiliser les ressources du département, en partie ou totalement, pendant une période de temps à préciser.

À noter qu'il incombera aux membres du service local d'assurer la découverture partielle de service que l'application d'une telle sanction pourrait précipiter.

*Toutes les correspondances issues de l'application des sanctions administratives seront versées au dossier professionnel du médecin ou dentiste concerné. Au moment du renouvellement des privilèges, ces documents seront considérés et pourraient justifier le non-renouvellement des privilèges d'un membre du département ayant cumulé de multiples manquements.*

## **CHAPITRE III** DISPOSITIONS FINALES

### **SECTION I** ENTRÉE EN VIGUEUR DU RÈGLEMENT

**42.** Le présent règlement et ses amendements entrent en vigueur sur l'adoption par la majorité des membres actifs du département. Il doit par la suite recevoir l'approbation du CECMDP et être soumis au CA de l'établissement.

Le règlement en cours est en vigueur tant et aussi longtemps qu'une nouvelle version n'est pas approuvée par le CMDP et le CA de l'établissement.

## **SECTION II** RÉVISION, ABROGATION

**43.** Le présent règlement du Département de Médecine spécialisée doit être révisé tous les quatre ans, après son adoption.

Au plus tard à tous les (3) trois ans, le chef du département doit nommer un comité chargé de réviser les présents règlements généraux et de proposer, le cas échéant, les modifications appropriées.

Tout membre du département peut présenter une demande d'amendement aux présents règlements de département. Pour ce faire, il doit soumettre le texte de la modification au chef du département, lequel verra à proposer la modification lors de la prochaine assemblée ordinaire, si elle a lieu plus de dix (10) jours après la réception dudit document, ou à la réunion régulière suivante.

Avant d'entrer en vigueur, tout amendement aux présents règlements généraux devra être adopté et approuvé en respectant la procédure prévue à l'article 19.

## **SECTION III** RÉFÉRENCE

**44.** Énumérer les documents consultés pour la rédaction de ce règlement.

1° Projet de règlement sur l'organisation et le fonctionnement du département de la Montérégie-Est

## **SECTION IV** PROCESSUS D'ÉLABORATION / RÉVISION

| Processus d'élaboration/Révision | | |
|---|---|---|
| **Rédigé par** | Dr Mitchel Germain, chef du département de médecine générale<br>Mme Yolande de Wijngaert, agente administrative DSPEM | 2022-09 |
| **Révisé par** | Dr Mitchel Germain, chef du département de médecine générale | 2024-11-04 |
| **Personnes consultées** | Le département de Médecine générale | 2022-10-11 |
| | Dre Yvette-Nelly Tewfik, inspectrice<br>Collège des médecins du Québec | 2024-09-28 |
| | | |
| | | |

## **SECTION V** HISTORIQUE DU DOCUMENT

| Historique du document | | |
|---|---|---|
| **Approuvé par** | Le Comité exécutif du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens | **Date**<br>2022-11-07<br>2024-11-18 |
| **Approuvé par** | Le Conseil d'administration | **Date**<br>2022-11-23<br>2024-11-27 |
| **Commentaires** | Approuvé par le CA le 23 novembre 2022 par la résolution CA-20221123-13.<br>Modifications majeures approuvées par le CA le 27 novembre 2024 par la résolution CA-20241127-08 | |

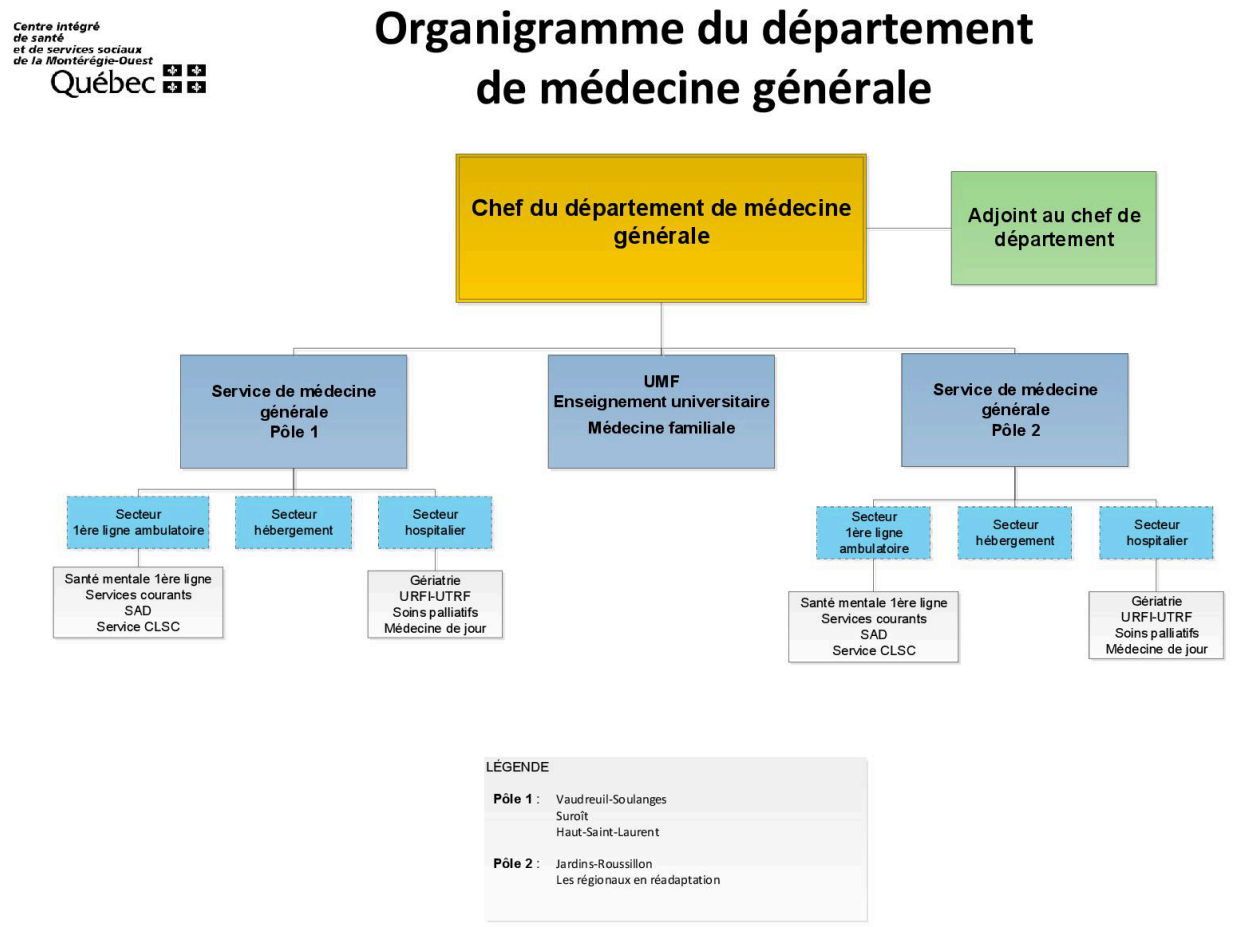
## **CHAPITRE IV** ANNEXES

ANNEXE A – ORGANIGRAMMES DU DÉPARTEMENT DE MÉDECINE GÉNÉRALE
ANNEXE B – COMPOSITION DU DÉPARTEMENT
ANNEXE C – SERVICES ET LIEUX DE DISPENSATION DES SERVICES
ANNEXE D – FONCTIONNEMENT EN CHSGCD
ANNEXE E – FONCTIONNEMENT EN CHSLD
ANNEXE F – FONCTIONNEMENT EN CLSC
ANNEXE G – FONCTIONNEMENT EN GA/URFI/UTRF
ANNEXE H – FONCTIONNEMENT DES SOINS PALLIATIFS
ANNEXE I – FONCTIONNEMENT DE L'UMF/GMF-U
ANNEXE J – LA MAISON DES SOINS PALLIATIFS DE VAUDREUIL-SOULANGES

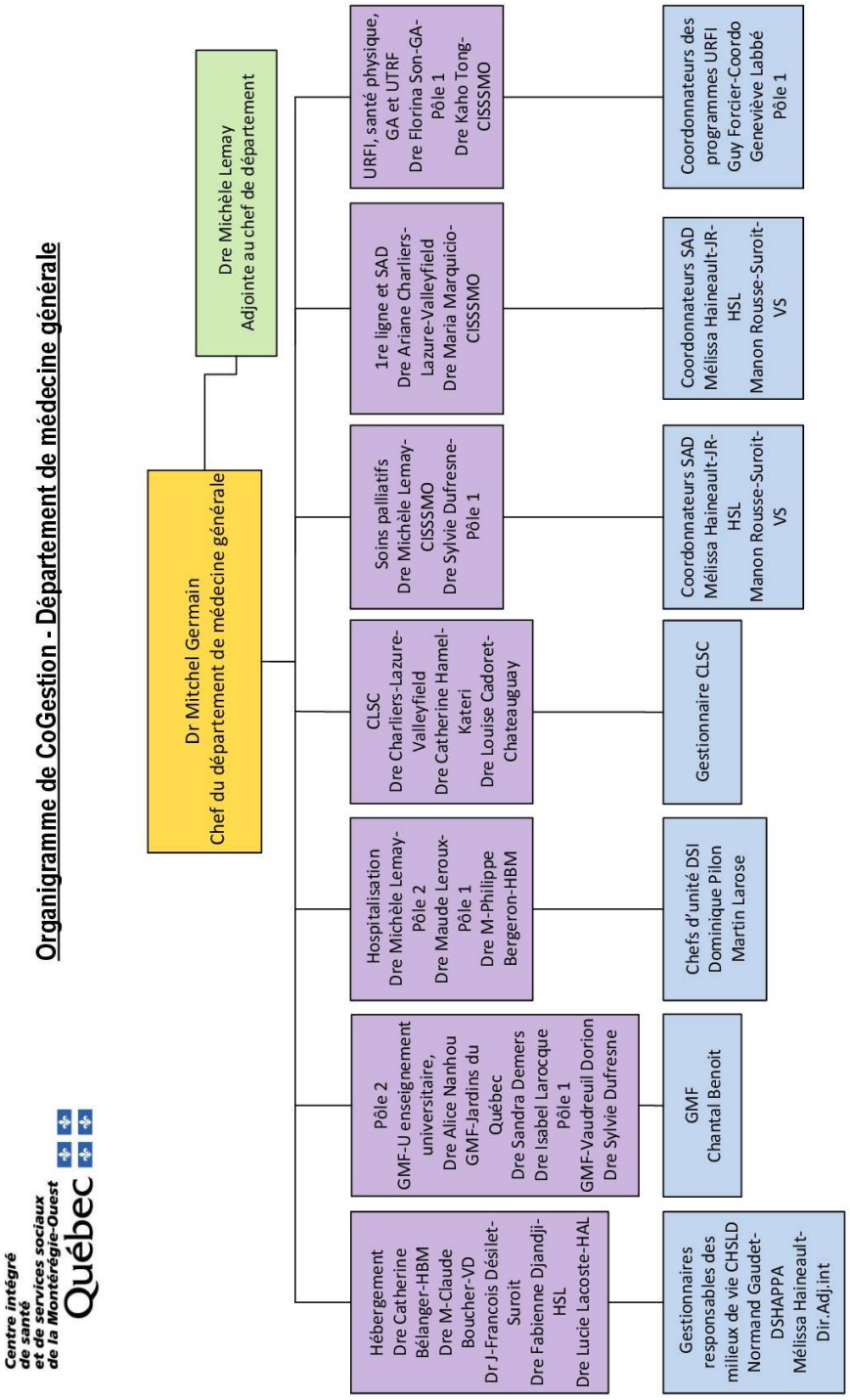
ANNEXE A

ORGANIGRAMMES DU DÉPARTEMENT DE MÉDECINE GÉNÉRALE
*(cf. Point 9)*

ORGANIGRAMME DU DÉPARTEMENT DE MÉDECINE GÉNÉRALE



ORGANIGRAMME DE COGESTION – DÉPARTEMENT DE MÉDECINE GÉNÉRALE
*(Le nom des responsables est sujet à changement – en date du 30 juin 2022)*



ANNEXE B

COMPOSITION DU DÉPARTEMENT
*(cf. section VIII)*

Le département de médecine générale regroupe tous les omnipraticiens (médecins de famille) détenant un statut et des privilèges de pratique dans le département, dûment octroyés par le CA. Ne sont pas membres du département de médecine générale les omnipraticiens pouvant s'inscrire dans un programme limité à d'autres secteurs de l'établissement, comme la santé au travail, l'URFI DP, l'obstétrique hospitalière, la garde à l'urgence, la santé mentale en deuxième ligne, ces secteurs ne faisant pas partie du département.

ANNEXE C

SERVICES ET LIEUX DE DISPENSATION DES SERVICES
*(cf. point 10)*

SERVICES

| | |
|---|---|
| **CHSGCD** | Centre hospitalier de soins généraux de courte durée |
| **CHSLD/ CH** | Centre d'hébergement de longue durée/ Centre d'hébergement |
| **CLSC** | Centre local de services communautaires |
| **GA/URFI/UTRF** | Gériatrie active/ unité de réadaptation fonctionnelle et intensive/ unité transitoire de réadaptation fonctionnelle |
| **Soins palliatifs** | Soins palliatifs |
| **UMF/GMF-U** | Unité de médecine de famille/ Groupe médecine de famille universitaire (unité d'enseignement de la médecine de famille avec programme de résidence en médecine de famille et stages afférents, Université McGill) |

AUTRES SECTEURS

1° Suivis conjoints et consultations en support pour les spécialités (santé mentale, chirurgie)
2° Médecine de jour
3° Télésoins

Pour faciliter le fonctionnement du département de médecine générale, certaines des activités ont été regroupées par services, soit UMF, URFI, UTRF, GA, Soins palliatifs et CLSC. Chaque service a son chef de service, qui dispose d'une grande autonomie. Le but est de favoriser la cohésion des équipes et de ne pas alourdir indûment l'organisation des soins à donner à la population desservie. Par conséquent, les particularités propres à chacun de ces services se retrouveront dans les annexes D à I.

COMPOSANTES OÙ EXERCENT LES OMNIPRATICIENS DU DÉPARTEMENT DE MÉDECINE GÉNÉRALE DU CISSS DE LA MONTÉRÉGIE-OUEST VISÉES PAR LES PRÉSENTS RÈGLEMENTS

Pôle 1 : anciennement les Centres de Santé et de Services Sociaux du Haut-St-Laurent, du Suroît et de Vaudreuil-Soulanges.
Pôle 2 : anciennement le Centre de Santé et de Services Sociaux Jardins-Roussillon.

| Type d'Installation | Pôle | Nom de l'installation |
|---|---|---|
| CHSCD/ hôpital | Pôle 1 | Hôpital Barrie Memorial<br>Hôpital du Suroît<br>Hôpital Vaudreuil-Soulanges |
| | Pôle 2 | Hôpital Anna-Laberge |
| CHSLD/ CH | Pôle 1 | CHSLD du Comté-de-Huntington<br>Centre d'hébergement Ormstown |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | CHSLD Docteur-Aimé-Leduc<br>CHSLD Cécile-Godin<br>CHSLD de Coteau-du-Lac<br>CHSLD Laurent-Bergevin<br>Centre d'hébergement de Vaudreuil<br>CHSLD de Rigaud | |
| | Pôle 2 | CHSLD de Châteauguay<br>CHSLD Pierre-Rémi-de-Narbonne (Saint-Rémi)<br>CHSLD de La Prairie | |
| CLSC | Pôle 1 | CSLC de Huntington<br>CLSC de Saint-Chrysostome<br>CLSC de Salaberry-de-Valleyfield<br>(point de service de Salaberry-de-Valleyfield)<br>(point de service de Beauharnois)<br>CLSC et centre de services ambulatoires de Vaudreuil-Dorion<br>(point de service de Coteau-du-Lac)<br>(point de service de Rigaud)<br>CLSC de Saint-Polycarpe | |
| | Pôle 2 | CLSC de Châteauguay<br>CLSC Kateri<br>CLSC Jardins-du-Québec<br>(point de service de Napierville<br>(point de service de Saint-Rémi) | |
| GA/ URFI/ UTRF | Pôle 1 | GA<br>URFI<br>UTRF | Hôpital du Suroît<br>CHSLD Docteur-Aimé-Leduc<br>Centre d'hébergement de Vaudreuil<br>CHSLD du Comté-de-Huntington<br>Centre d'hébergement d'Ormstown<br>CHSLD de Vaudreuil<br>Résidence Les Cotonniers (partenariat) |
| | Pôle 2 | GA<br>URFI<br>UTRF | Hôpital Anna-Laberge<br>Hôpital Anna-Laberge<br>*à venir* |
| Soins palliatifs | Pôle 1 | Hôpital Barrie Memorial<br>CHSLD Docteur-Aimé-Leduc | |
| | Pôle 2 | Hôpital Anna Laberge<br>CHSLD La Prairie | |
| | *À noter* | Tous les CHSLD peuvent prodiguer des soins palliatifs pour leurs résidents | |
| UMF/GMF-U | Pôle 1 | GMF-U de Vaudreuil-Soulanges | |

| | | |
|---|---|---|
| | | (Centre Multiservices de Santé et de Services Sociaux de Vaudreuil-Dorion)<br>(CLSC et GMF-U de Saint-Polycarpe) |
| | Pôle 2 | Centre de services ambulatoires et GMF-U Jardins Roussillon |

ANNEXE D

FONCTIONNEMENT EN CHSCD
*(cf. point 6)*

Les omnipraticiens en CHSCD œuvrent dans les hôpitaux du CISSSMO, y assurant la garde en tout temps selon les modalités établies. Les chefs de service y sont :

1° Soit désigné par le chef ou chef adjoint du département de médecine générale (Hôpital du Suroît et Hôpital Anna-Laberge)
2° Soit le chef de l'équipe médicale de médecine générale (Hôpital Barrie Memorial)

Les omnipraticiens :

1° Font la prise en charge pour les patients adultes :
   - Admis en médecine générale (garde assurée en tout temps) (1);
   - En suivi conjoint en santé mentale (garde assurée en tout temps) (2) ;
   - En suivi conjoint, en consultation, en transfert lorsqu'il y a sollicitation médicale (selon disponibilité) (3) ;
2° Participent à la prise en charge des patients en télésoins (Hôpital Anna-Laberge) ;
3° Assurent une disponibilité en médecine de jour pour les patients des médecins omnipraticiens qui utilisent la médecine de jour (Hôpital Anna-Laberge), sur demande, selon le cadre établi (protocoles à suivre disponibles via la direction des soins infirmiers et sur place en médecine de jour). Le médecin demandeur communique avec le médecin assurant la responsabilité du patient en médecine de jour via les soins infirmiers de la médecine de jour, responsable de voir au respect des protocoles mis en place. Au besoin, le médecin demandeur discutera avec le médecin de la médecine de jour, pour des situations particulières et pour que celui-ci accepte, au fur et à mesure, la conduite et le moment où les traitements seront dispensés en médecine de jour. Le médecin répondant de la médecine de jour est accessible en tout temps via la téléphoniste de la réception des appels à Anna-Laberge.

1) <u>Admission en médecine générale</u>

Les admissions en médecine générale sont faites via l'urgence ou la coordination (gestion) des lits, sur acceptation du médecin qui prend en charge le patient. Si le médecin considère que le patient nécessite des soins au-delà de ce qu'il peut assurer avec les compétences et les moyens dont il dispose, il refusera le transfert et réfèrera au chef de service ou chef ou chef adjoint du Département de médecine générale, selon le milieu en cause.

La clientèle admise est constituée de patients adultes nécessitant l'usage du plateau technique de l'hôpital pour toutes les disciplines couvertes par la médecine générale. Ce plateau technique ne comprend pas, pour raison d'admission en soins aigus, l'hôtellerie, les soins d'hygiène, d'habillage ou de déplacements. Ces soins sont dispensés dans le cadre d'un hébergement avec assistance pour perte d'autonomie, et non celui d'une hospitalisation de soins généraux de courte durée. Ne figurent pas non plus à cette enseigne l'URFI et l'UTRF. Si tel est le cas (manque de ressource appropriée), en CHSGCD nous devons identifier le patient comme « NSA » ou « congé médical » dès que ces situations sont avérées dans le souci d'optimisation des soins et des ressources mises en œuvre ou à mettre en œuvre.

Les patients nécessitant des soins spécialisés en soins intensifs ou de nature chirurgicale (services intra-muros) ne font pas non plus partie de l'offre de service en médecine générale. À titre d'exemple, durant le séjour hospitalier, un patient peut attendre intra-muros un soin de

chirurgie cardiaque, étant donné que le corridor de service est clairement établi et qu'il lui est nécessaire de séjourner à l'hôpital pour sa condition. Pour le volet neurochirurgical, les situations cliniques et le corridor de service sont flous. Nous ne pouvons pas nous engager à accepter des patients en attente de services en neurochirurgie. De plus, il n'y a pas de bénéfice ajouté à un séjour hospitalier intra-muros, sauf d'exposer patients et personnel soignant à des complications graves que nous ne sommes pas en mesure de gérer. Sauf en cas d'entente particulière et paraphée (évaluation et plan écrit concret avec le neurochirurgien), le patient sera refusé.

Les patients atteints de maladies chroniques seront hospitalisés lorsqu'il y a détérioration ***et*** besoin du plateau technique de l'hôpital. Sans être exhaustif, cela inclut les patients atteints de MPOC, MCAS, valvulopathies, néoplasies, IRA et autres conditions aigües telles delirium, septicémie, cas d'infection « grave » potentiellement instable, mais ne nécessitant pas des soins intensifs.

À titre d'exemple d'exclusions, les patients avec colique néphrétique surinfectée ou non, suspicion de cholédocholithiase (s), suspicion de subocclusion intestinale ou d'abcès intra-abdominal dont la condition opératoire n'est pas arrêtée, même avec comorbidités, devront être pris en charge par la spécialité qui couvre la raison d'admission. Nous répondrons aux demandes de consultation avec diligence, tant que les effectifs médicaux en place nous le permettront.

Les patients atteints de fracture particulière pourront être pris en charge par un médecin généraliste, car cette fracture devient non chirurgicale avec besoins médicaux particuliers, tels que le bassin, certaines Fx du crâne, etc. Évidemment, les cas de salle d'opération, telles fracture ouverte, arthrite septique, plaie délabrée (qui n'ira pas en plastie), fasciite, vont d'emblée en orthopédie, avec un suivi conjoint par médecin généraliste, sur demande.

La discite va vers la médecine générale, car elle est très majoritairement non chirurgicale.

L'hématurie « médicale » est acceptée, mais s'il y a besoin de soins urologiques, le médecin généraliste sera en suivi conjoint (pour une sonde avec irrigation continue sinon il y a obstruction : le patient est à admettre en urologie, car un décaillotage en cystoscopie peut être requis. Un médecin généraliste peut accepter de faire un suivi conjoint s'il y a sollicitation).

Les épistaxis doivent être dirigées en ORL, idem pour infections sévères de la sphère ORL nécessitant une admission hospitalière. Un suivi conjoint en médecine générale peut être demandé.

Les patients atteints de maladie neurologique nécessitant le plateau technique de l'hôpital, sans besoin de soins intensifs ou neurochirurgicaux (sans corridor de service ou entente préétablie), seront admis en médecine générale. Par exemple, un syndrome de Guillain-Barré sans besoin de surveillance « particulière » où le jugement clinique est à appliquer fortement et sujet à réévaluation.

Lorsque des alternatives à l'hospitalisation sont disponibles, il faut les privilégier : médecine de jour, accueil clinique, télésoins, UTRF (fractures vertébrales stables, mais avec atteinte à l'autonomie, à titre d'exemple).

Procédure d'admissions en médecine générale, attribution et prise en charge

1° Transferts de médecin à médecin, selon l'ordre d'admission. Si le patient est connu d'un médecin à l'hospitalisation, l'admission sera proposée au médecin qui connait le patient. Les transferts sont acceptés entre 8 h et 17 h.
2° La connaissance d'un niveau de soins, les listes de médicaments (dossier Santé Québec et officine), la disponibilité du dossier antérieur sont des éléments essentiels pour l'hospitalisation d'un patient en médecine générale.

En réunion départementale, de concert avec la chefferie du Département de médecine générale, les équipes médicales ont déterminé les quotas (nombre de patients pris en charge pour un médecin de garde) qu'ils peuvent prendre en charge pour une pratique de la médecine sécuritaire. Le chef ou chef adjoint du Département de médecine générale, ou le chef de médecine générale à l'Hôpital Barrie Memorial, sera consulté en cas de disproportion de l'offre et de la demande soit une quantité plus élevée d'admissions que les ressources en effectifs médicaux disponibles au Département de médecine générale.

En acceptant la prise en charge d'un patient à l'hospitalisation, le médecin s'assure que le patient soit au bon endroit, reçoive les soins attendus et que son départ de l'établissement soit sécuritaire, en accord avec le plan de traitement établi.

Les médecins généralistes sont regroupés pour favoriser une plus grande disponibilité pour la prise en charge des patients. Aussi les changements de garde s'opèrent sur des journées différentes, selon les groupes à l'hospitalisation, pour éviter des ralentissements, tant à l'admission qu'au départ des patients hospitalisés.

La prise en charge de patients par l'équipe de médecine générale ne peut pas être illimitée. C'est pourquoi des quotas ont été déterminés. Ces quotas sont respectés et sont resoumis aux membres régulièrement pour confirmation. En période de plus forte demande, l'Hôpital du Suroît et l'Hôpital Anna-Laberge tentent par tous les moyens à leur disposition de fournir l'ajout d'un groupe à l'hospitalisation, en attente de pouvoir disposer de suffisamment d'effectifs médicaux pour former de nouveaux groupes (par exemple, pour diminuer la dépendance de l'établissement envers la lourde charge de certains médecins du Département de médecine générale).

Le transfert des patients pour hospitalisation en médecine générale se fait de médecin à médecin, entre 8h et 17h, et lorsqu'acceptée, la prise en charge est effective immédiatement. Pour assurer la fluidité, il est important de disposer d'une liste de numéros de téléphone valides en cas d'urgence, du dossier antérieur, des listes factuelles des pharmacies officines (DSQ et télécopies des pharmacies, car nous devons faire des comparatifs pour la sécurité des patients) et du statut du niveau de soins. Si le patient est connu d'un médecin à l'hospitalisation, on lui en propose l'admission. Il est difficile de mettre un délai strict sans possibilité de marge pour le jugement du moment à partager entre médecins. Les admissions se déroulent ensuite au tour de rôle selon la capacité de prise en charge des différents groupes à l'hospitalisation.

La tournée hospitalière est la partie prioritaire du travail du médecin de garde en hospitalisation. Il fait son travail en priorisant les patients instables nécessitant une intervention de sa part, et en optimisant ensuite les congés et la prise en charge des admissions. Le séjour hospitalier est planifié dans une vision d'optimisation du congé dès l'admission avec une planification du séjour, et sa mise à jour tout au long dudit séjour, gardant informée l'équipe de soins impliquée auprès du patient à sa charge.

Procédure de congés et de transferts

Pour les transferts/congés, les documents suivants sont requis :

**« Check list » congé/transfert :**

***ADRESSOGRAPHE***
**À compléter avant de pouvoir accepter un patient en transfert. Si un ou des items sont non applicables, y faire un grand « X » (ex : pas d'orthophonie impliquée, « X » sur Orthoph). Tous les champs sont obligatoires. Si les renseignements demandés sont insuffisants, le transfert sera REFUSÉ jusqu'à ce que tout soit complet. Il y va de la sécurité pour le patient en transfert. Copies de ce qui est remis à garder au dossier, incluant ce « Check list ». La lisibilité des documents est essentielle.**

**Congé ou transfert de _____ vers _____accepté par** (patient, proche aidant, CH, MD selon...)
☐ Niveau de soins (Formulaire)
☐ Ordonnance de sortie : Rx pharmaco. & examens (labo, radios, etc.)
☐ Rendez-vous de suivi (cartes : RAMQ et autres)
☐ Feuille sommaire médicale
☐ Consultations médicales : ajouter le nom des spécialités impliquées
☐ Notes médicales
☐ Protocoles opératoires
☐ Sommaires des professionnels
Physio Ergo Orthophonie Nutrition T Soc Liaison
☐ Dernier profil pharmacologique
☐ Kardex soins infirmiers
☐ Infos spécifiques pour le patient et/ou son aidant (pamphlet, CLSC-SAD …)
☐ Personnes ressources/numéros de téléphone validés
Signature :

Nom (caractères d'imprimerie) et titre de l'employé :
Date et heure du départ:

2) Santé mentale, patients admis

Hôpital du Suroît

Les groupes de médecins d'hospitalisation en médecine générale assurent la garde en santé mentale pour le volet physique. Les patients sont attribués aux différents groupes au prorata, mais exclus du quota discuté précédemment, donc en surplus dudit quota. En cas de besoin, le médecin généraliste sera contacté via la téléphoniste de l'hôpital.

Hôpital Anna-Laberge

Deux médecins assurent une couverture de la garde en santé mentale, volet physique, des patients admis, en mode suivi conjoint. On assigne un médecin généraliste pour chaque patient en tenant compte du dossier antérieur. Ainsi, si l'un des médecins généralistes a déjà connu le patient, celui-ci lui sera assigné, autrement la répartition est faite au prorata. Les médecins assurent un suivi conjoint au plan physique, effectuant leur tournée selon les besoins des patients. La transmission de ces informations se fait via le formulaire de la *feuille des messages pour les médecins généralistes*, visibles par les 2 médecins, en cas de remplacement pour absences, de l'un par l'autre. Un espace, le personnel et le matériel requis sont tenus à la disposition du médecin généraliste qui est attendu pour venir faire son travail auprès des patients admis en santé mentale. En cas d'urgence, le médecin généraliste sera contacté via la téléphoniste de l'hôpital. Les médecins généralistes informent les instances prévues par les Règlements de l'Établissement du médecin le remplaçant en cas d'absence.

Hôpital du Suroît et Hôpital Anna-Laberge

Avant l'arrivée du patient à son lit d'hospitalisation au département de santé mentale, le personnel infirmier s'assure que l'évaluation physique du médecin de l'urgence, statuant que le patient est libéré de l'urgence pour admission en santé mentale, est complétée avec prescription des traitements requis (volet physique), la présence des listes de médications (DSQ, pharmacies officines) et le dossier antérieur.

3) Suivis conjoints en spécialités

Hôpital du Suroît et Hôpital Anna-Laberge

Les médecins généralistes tentent de continuer la consultation pour suivi conjoint avec diligence. La détermination du médecin généraliste s'effectue à tour de rôle selon la disponibilité des groupes, ou selon l'expertise que le médecin généraliste aura acquise au long de sa carrière.

En cas de difficulté, l'administration communique avec le chef ou chef adjoint concerné (Hôpital du Suroît et Hôpital Anna-Laberge), ou avec le chef de l'équipe de médecine générale (Hôpital Barrie Memorial).

ANNEXE E

FONCTIONNEMENT EN CHSLD
*(cf. point 6)*

Chacun des CHSLD est pourvu de ressources médicales (pouvant être tout juste suffisantes) assurant la prise en charge de tous les résidents comprenant l'évaluation complète des résidents à leur admission, l'établissement d'un plan de séjour avec implication du résident et de ses représentants, dans la mesure du possible. Les médecins du Département de médecine générale, service CHSLD, planifient les visites médicales, ajustent les traitements selon les besoins que présente le résident sous sa responsabilité médicale, et s'assurent de communications efficaces entre les intervenants, le résident et ses proches. Les médecins du service participent à l'organisation des soins avec les équipes en place et le gestionnaire. Une couverture médicale ininterrompue est assurée par la garde, avec liste établie et distribuée selon le mode désigné par l'établissement et le Département de médecine générale.

Un médecin répondant est nommé pour occuper le poste de chef de service, son rôle est principalement consultatif. Les ressources médicales sont un souci pour le Département de médecine générale et les membres du service CHSLD. Le canal de communications est le DRMG, lequel est tenu informé pour assurer l'octroi de postes dédiés en temps opportun.

Chacun des CHSLD a un médecin responsable, il s'assure de la continuité de la garde.

ANNEXE F

FONCTIONNEMENT EN CLSC
*(cf. point 6)*

Toute la gamme de services prévus en CLSC est dispensée et encadrée, mais limitée par des moyens physiques, tel le manque d'espaces et de ressources, humaines et matérielles, hors du contrôle du Département de médecine générale, outre la tâche de conscientisation à toutes les instances concernées et susceptibles de pouvoir jouer un rôle.

ANNEXE G

FONCTIONNEMENT EN GA/ URFI/ UTRF
*(cf. point 6)*

Unifiées en un service ayant un chef, un dénominateur commun est l'optimisation et la préservation du potentiel fonctionnel des patients y séjournant, évoluant dans un large continuum de services incluant l'aval et l'amont de leur séjour au service visé par les règlements du Département de médecine générale et ceux de chacune des 3 composantes. Deux des sections UTRF sont en partenariat avec l'établissement, mais collaborent étroitement avec le Département de médecine générale (Manoir Parent et résidence Les Cotonniers).

Le chef de service et ses collaborateurs ont droit de regard pour les admissions en GA/URFI/UTRF.

ANNEXE H

FONCTIONNEMENT DES SOINS PALLIATIFS
*(cf. point 6)*

L'objectif est le soulagement des souffrances et l'accompagnement du patient en fin de vie, et de ses proches.

Tous les membres du département doivent s'assurer de comprendre les situations qui sont des indications de soins palliatifs et de voir à ce que l'objectif à atteindre demeure leur préoccupation constante. Selon le cas, le médecin responsable s'entoure du support professionnel requis.

Il en est de même pour les patients choisissant de vivre cet épisode de leur vie à domicile.

Le Département de médecine générale s'assure de disposer des ressources médicales pour une couverture ininterrompue en soins palliatifs, comprenant des membres dédiés pour le CHSLD Docteur-Aimé-Leduc, l'Hôpital Anna-Laberge, le CHSLD de La Prairie, les CLSC et le GMF-U. Les médecins traitants hors établissement sont également invités à continuer à prodiguer les soins médicaux pour leurs patients en soins à domicile. Un support SAD du CLSC et des organismes communautaires pouvant certainement leur être essentiel.

ANNEXE I

FONCTIONNEMENT DE L'UMF/ GMF-U
*(cf. point 6)*

Le CISSSMO a deux UMF, ou GMF-U, attachés à l'université McGill :

- Le Centre de services ambulatoires et GMF-U de Jardins-Roussillon situé à Châteauguay.

- Le GMF-U de Vaudreuil-Soulanges qui est localisé dans deux installations :
  - Le Centre Multiservices de Santé et de Services Sociaux de Vaudreuil-Dorion, situé à Vaudreuil-Dorion;
  - Le CLSC et GMF-U de Saint-Polycarpe situé à Saint-Polycarpe.

Pour plus d'informations sur le fonctionnement des GMF-U, contacter la DSPEM.

ANNEXE J

## LA MAISON DE SOINS PALLIATIFS DE VAUDREUIL-SOULANGES

La mission de l'équipe professionnelle de la Maison de soins palliatifs de Vaudreuil-Soulanges (MSPVS) est d'offrir gratuitement des soins palliatifs de fin de vie aux personnes ainsi que des services d'accompagnement à leurs proches, dans un milieu naturel, calme et serein et une ambiance chaleureuse.

Les médecins du département de médecine générale et le CISSSMO prodiguent les soins aux personnes hébergées à la MSPVS. Les médecins sont régis par les règlements du département et le règlement du CMDP.

Dans ce contexte, il est possible que le comité d'évaluation de l'acte médical et le comité de pharmacologie du CISSSMO fassent des évaluations de la qualité de l'acte ou de la qualité des ordonnances.

Une entente de service a été signée entre le CISSSMO et la Fondation Maison des Soins palliatifs de Vaudreuil-Soulanges, gestionnaire de la MSPVS, concernant la coordination des services de soins palliatifs et des échanges de services.

De plus, les médecins du CISSSMO qui pratiquent à la MSPVS doivent signer une entente de services professionnels avec la Fondation Maison des Soins palliatifs de Vaudreuil-Soulanges.

Pour des raisons de confidentialité et de sécurité, les ententes mentionnées plus haut sont disponibles en contactant la DSPEM.

*Centre intégré*
*de santé*
*et de services sociaux*
*de la Montérégie-Ouest*

Québec